

**AUTORISATION POUR LES MINEURS NON ACCOMPAGNES DE LEURS
PARENTS OU DE LEUR TUTEUR LEGAL**

Je soussigné(e), Monsieur, Madame :

En qualité de père / mère / tuteur légal *

Autorise le Service de Santé Etudiante à :

- [vacciner mon enfant contre (nom du vaccin) :
- [réaliser un tubertest (IDR)

Nom et prénoms (de l'enfant) :

Date de naissance :

Fait à :

Le :

Signature du parent ou du tuteur légal :

Cette autorisation n'est valable que si elle est convenablement remplie et accompagnée de la photocopie de la pièce d'identité du parent signataire ou du tuteur légal.

(*) veuillez rayer les mentions inutiles